

**AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

**( da compilare in ogni sua parte)**

L'Istituzione Centri Soggiorno del Comune di Venezia, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 30/06/2003 n° 196 richiede, nell'esclusivo interesse degli utenti anziani (ultra sessantenni), di presentare per l'iscrizione definitiva ai soggiorni estivi, una valutazione da consegnare all'assistenza infermieristica presente nelle strutture di soggiorno.

I soggiorni estivi, organizzati in centri gestiti dall'Istituzione, implicano il trascorrere di parte delle giornate in spiaggia (mare), in passeggiate nei boschi o nelle pertinenze verdi delle strutture.

Per quanto attiene l'autonomia dell'utente, si precisa che le strutture dei centri soggiorno "a bassa protezione", non sono in grado di accogliere utenti con problematiche di autosufficienza e, per tale motivo, si richiede una valutazione complessiva da parte delle SS.LL., che sarà oggetto di puntuale e attenta considerazione da parte dell'Istituzione in relazione alle risorse disponibili.

Si precisa che i contenuti della certificazione, non saranno inseriti in una banca dati e nemmeno elaborati, il tutto nel rispetto delle vigenti normative in materia di privacy.

La valutazione del medico comporterà l'esclusione o la partecipazione dell'anziano al soggiorno.

La Direzione dell'Istituzione

**DATI DEL PARTECIPANTE**

**SOGGIORNI PRENOTATI**

AL MARE

IN MONTAGNA

SIG./SIG.RA (cognome e nome)..... Nato/a il ...../...../19.....

**PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE**

**A) SFERA DELL'AUTONOMIA**

IL PAZIENTE E' AUTOSUFFICIENTE (si orienta nel tempo e nello spazio, esprime perfettamente i suoi bisogni, è autonomo nell'assunzione di farmaci)	SI	NO
IL PAZIENTE DEAMBULA (se no, specificare: con ausili o in carrozzina e/o accompagnatore) .....	SI	NO
IL PAZIENTE E' IDONEO PSICO-FISICAMENTE A VIVERE IN COMUNITA'	SI	NO

**B) EVENTUALI INFORMAZIONI RITENUTE UTILI PER GLI OPERATORI DEI SOGGIORNI CON COMPITI ASSISTENZIALI** (es: patologie in atto, patologie pregresse, eventuali terapie in atto, incontinenza, allergie, diete...).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATI DEL MEDICO CURANTE**

Nome e cognome
Indirizzo e telefono

DATA ...../...../ 2018

TIMBRO E FIRMA  
DEL MEDICO